

# LISTE DE CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

## À REMPLIR PAR LE MEMBRE :

LE NOM DE VOTRE ANIMAL ET VOTRE NUMÉRO DE POLICE : \_\_\_\_\_

LA FAÇON DONT VOUS VOUS ÊTES PROCURÉ L'ANIMAL: \_\_\_\_\_

QUAND VOUS AVEZ OBTENU L'ANIMAL: \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU ADRESSE COURRIEL: \_\_\_\_\_

VOTRE NOM: \_\_\_\_\_

*Veillez fournir le nom tel qu'il est indiqué dans les documents de la police.*

**TOUTE PERSONNE QUI PRÉSENTE SCIEMMENT UNE RÉCLAMATION FAUSSE OU FRAUDULEUSE POUR LE PAIEMENT D'UNE PERTE OU D'UNE PRESTATION OU QUI PRÉSENTE SCIEMMENT DE FAUX RENSEIGNEMENTS DANS UNE DEMANDE D'ASSURANCE EST COUPABLE D'UN CRIME ET PEUT ÊTRE PASSIBLE D'AMENDES OU DE PRISON.**

JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT, À MA CONNAISSANCE, VRAIS À TOUS LES ÉGARDS.

SIGNATURE \_\_\_\_\_

DATE (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

## À REMPLIR PAR LE MÉDECIN VÉTÉRINAIRE

**Consommation de nourriture:** Normale / Anormale      **Consommation d'eau:** Normale / Anormale      **Miction:** Normale / Anormale  
**Présence de :** Vomissements / Diarrhée / Toux / Éternuements / Aucun      **Vaccination à jour :** Non / Oui      **Poids:** \_\_\_\_ kg/lbs      **BCS:** \_\_\_\_ 1-5/1-9  
**Tout antécédent de :** Boiterie / Cancer / Urinaire / Problèmes gastro-intestinaux / Souffle cardiaque      **Stériliser/Caténiser:** Non / Oui  
**Maladies existantes :** Non / Oui (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**Médicaments Actuels:** \_\_\_\_\_

**Alimentation Actuelle:** \_\_\_\_\_

Je déclare que selon ce que j'en sais, selon mon examen de l'animal et en fonction des réponses données par le propriétaire, toute l'information donnée ci-dessous est vraie et exacte.

**Date de l'examen:** \_\_\_\_\_ **Nom du médecin vétérinaire et de la clinique:** \_\_\_\_\_

**Apparence générale:** Normale / Anormale  
Date de début des signes et des symptômes (et non du diagnostic): \_\_\_\_\_  
Commentaires: \_\_\_\_\_

**Gueule / Dents / Cavité buccale:** Normale / Anormale  
Date de début des signes et des symptômes (et non du diagnostic): \_\_\_\_\_  
Commentaires: \_\_\_\_\_

**Yeux:** Normale / Anormale  
Date de début des signes et des symptômes (et non du diagnostic): \_\_\_\_\_  
Commentaires: \_\_\_\_\_

**Oreilles:** Normale / Anormale  
Date de début des signes et des symptômes (et non du diagnostic): \_\_\_\_\_  
Commentaires: \_\_\_\_\_

**Tégument / Peau:** Normale / Anormale  
Date de début des signes et des symptômes (et non du diagnostic): \_\_\_\_\_  
Commentaires: \_\_\_\_\_

**Système musculosquelettique:** Normale / Anormale  
Date de début des signes et des symptômes (et non du diagnostic): \_\_\_\_\_  
Commentaires: \_\_\_\_\_

**Système cardiovasculaire / circulatoire :** Normale / Anormale  
Date de début des signes et des symptômes (et non du diagnostic): \_\_\_\_\_  
Commentaires: \_\_\_\_\_

**Système respiratoire:** Normale / Anormale  
Date de début des signes et des symptômes (et non du diagnostic): \_\_\_\_\_  
Commentaires: \_\_\_\_\_

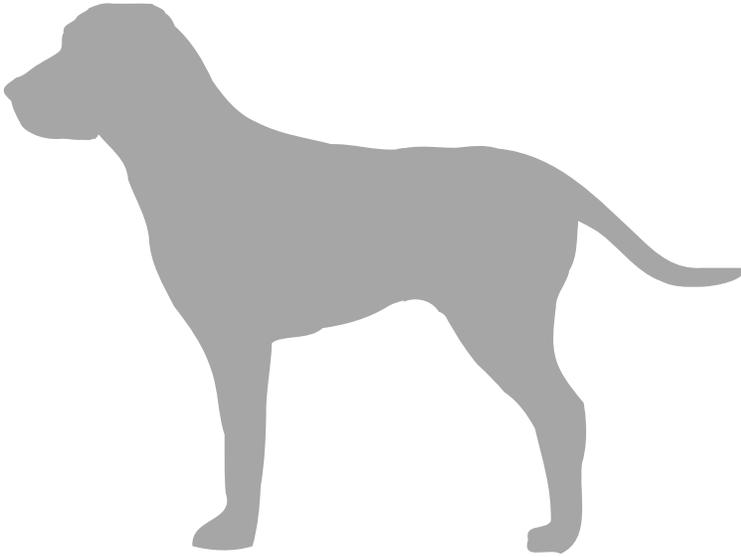
**Système digestif:** Normale / Anormale  
Date de début des signes et des symptômes (et non du diagnostic): \_\_\_\_\_  
Commentaires: \_\_\_\_\_

**Système urinaire / reproductif:** Normale / Anormale  
Date de début des signes et des symptômes (et non du diagnostic): \_\_\_\_\_  
Commentaires: \_\_\_\_\_

**Système neurologique:** Normale / Anormale  
Date de début des signes et des symptômes (et non du diagnostic): \_\_\_\_\_  
Commentaires: \_\_\_\_\_

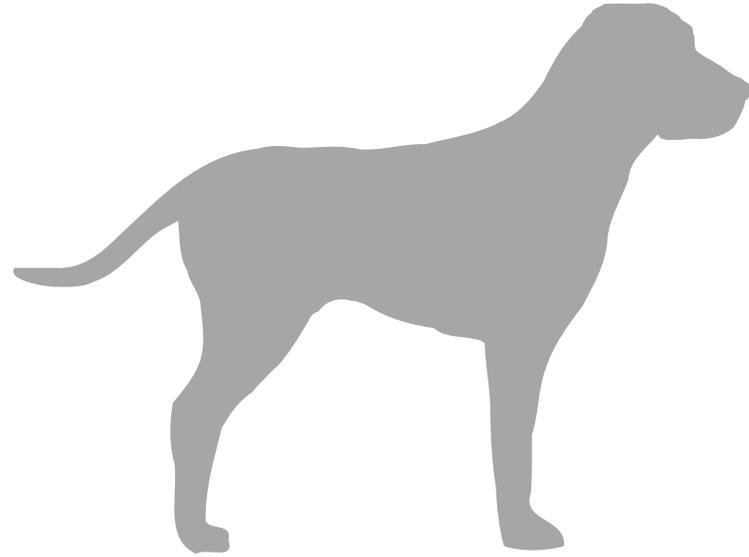
**Masses / Bosses / Ganglions / Lymphatiques:** Normale / Anormale  
Date de début des signes et des symptômes (et non du diagnostic): \_\_\_\_\_  
Commentaires: \_\_\_\_\_

**Veillez utiliser le diagramme corporel ci-dessous pour encercler les zones anormales ou les problèmes tels que les bosses, les problèmes de peau, les boiteries, etc.**



**CÔTÉ GAUCHE DU CORPS**

Commentaires: \_\_\_\_\_



**CÔTÉ DROIT DU CORPS**

Commentaires: \_\_\_\_\_

### **CONSEILS POUR LE MEMBRE ET LE MÉDECIN VÉTÉRINAIRE**

- Les listes de contrôle pour la souscription doivent être remplies par votre médecin vétérinaire au cours de votre prochaine visite et soumises dans les 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur de votre police.
- Tous les diagnostics connus de problèmes existants doivent être fournis. Si un diagnostic n'est pas connu, donnez la liste des symptômes ou des signes observés.
- Si vous nous envoyez ce formulaire ainsi que les documents complémentaires par la poste, veuillez vous assurer d'en garder une copie pour vos dossiers. Les délais de poste locaux varient.

### **SOUMETTRE VOTRE FORMULAIRE**

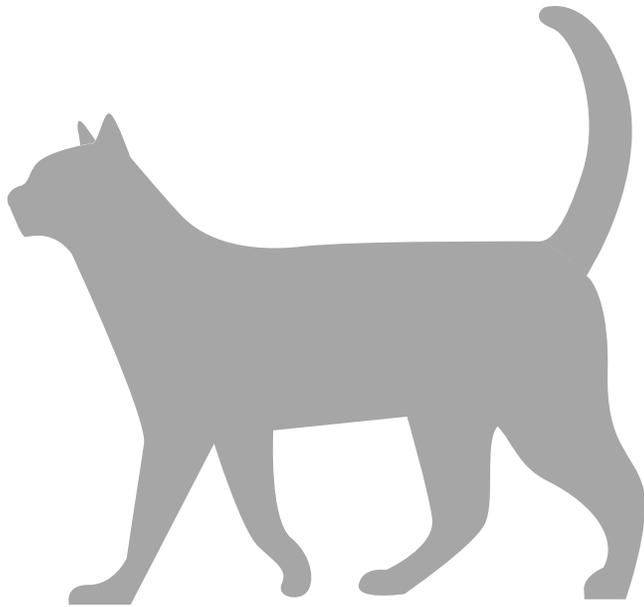
**1.** Prenez une photo de votre formulaire et des antécédents médicaux/notes SOAP (subjectif, objectif, analyse et plan) avec votre téléphone ou envoyez-les sous forme de fichier PDF par courriel à **submissions@petsplusus.com**.

**2. Courrier** à: PTZ Insurance Service LTD  
710 Dorval Drive, Suite 400  
Oakville, Ontario L6K 3V7

**Utilisez une seule méthode pour envoyer votre formulaire de liste de contrôle et tous les documents pertinents.**

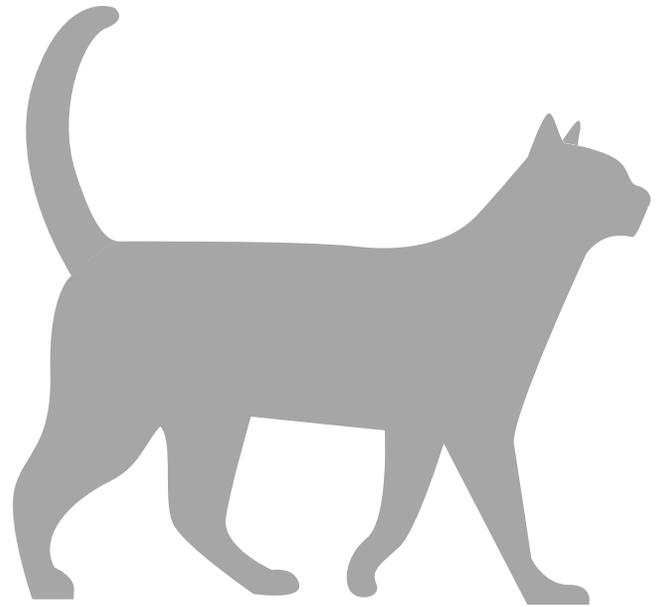
**Pour toute question au sujet de ce formulaire, appelez-nous au 1-800-364-8422.  
Nous serons ravis de vous aider!**

**Veillez utiliser le diagramme corporel ci-dessous pour encercler les zones anormales ou les problèmes tels que les bosses, les problèmes de peau, les boiteries, etc.**



**CÔTÉ GAUCHE DU CORPS**

Commentaires: \_\_\_\_\_



**CÔTÉ DROIT DU CORPS**

Commentaires: \_\_\_\_\_

### **CONSEILS POUR LE MEMBRE ET LE MÉDECIN VÉTÉRINAIRE**

- Les listes de contrôle pour la souscription doivent être remplies par votre médecin vétérinaire au cours de votre prochaine visite et soumises dans les 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur de votre police.
- Tous les diagnostics connus de problèmes existants doivent être fournis. Si un diagnostic n'est pas connu, donnez la liste des symptômes ou des signes observés.
- Si vous nous envoyez ce formulaire ainsi que les documents complémentaires par la poste, veuillez vous assurer d'en garder une copie pour vos dossiers. Les délais de poste locaux varient.

### **SOUMETTRE VOTRE FORMULAIRE**

**1.** Prenez une photo de votre formulaire et des antécédents médicaux/notes SOAP (subjectif, objectif, analyse et plan) avec votre téléphone ou envoyez-les sous forme de fichier PDF par courriel à [submissions@petsplusus.com](mailto:submissions@petsplusus.com).

**2. Courrier** à: PTZ Insurance Service LTD  
710 Dorval Drive, Suite 400  
Oakville, Ontario L6K 3V7

**Utilisez une seule méthode pour envoyer votre formulaire de liste de contrôle et tous les documents pertinents.**

**Pour toute question au sujet de ce formulaire, appelez-nous au 1-800-364-8422.  
Nous serons ravis de vous aider!**